



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**GREICI CAPELLARI FABRIZIO**

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DO OFÍCIO DE UMA PARTEIRA:  
HISTÓRIA DE VIDA**

**CHAPECÓ  
2014**

**GREICI CAPELLARI FABRIZIO**

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DO OFÍCIO DE UMA PARTEIRA:  
HISTÓRIA DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

**CHAPECÓ**

**2014**

**DGI/DGCI - Divisão de Gestão de Conhecimento e Inovação**

Fabrizzio, Greici Capellari

Práticas obstétricas do ofício de uma parteira:  
História de vida/ Greici Capellari Fabrizzio. -- 2014.  
71 f.

Orientador: Joice Moreira Schmalfluss.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de  
Enfermagem , Chapecó, SC, 2014.

1. Enfermagem. I. Schmalfluss, Joice Moreira, orient.  
II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

**GREICI CAPELLARI FABRIZIO**

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DO OFÍCIO DE UMA PARTEIRA: HISTÓRIA DE VIDA**

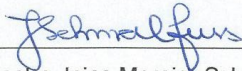
Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Mestre Joice Moreira Schmalfuss

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

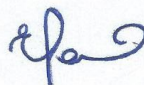
09/12/2014

BANCA EXAMINADORA



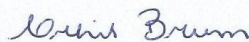
---

Professora Mestre Joice Moreira Schmalfuss - UFFS



---

Professora Mestre Eleine Maestri - UFFS



---

Professora Mestre Crhis Netto de Brum - UFFS

À Deus, minha família, meu pai, minha mãe e meu irmão, também às pessoas queridas que não estão mais entre nós. Mãe, seu cuidado e dedicação me deram a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus que iluminou toda a minha trajetória, pela força e pela coragem nesse período.

A minha família, Olmir, Deise e Gustavo pela capacidade de acreditarem em mim, sem medirem esforços para que eu chegasse até aqui, me dando carinho, apoio e amor incondicional.

A pessoas queridas que não estão mais junto de nós, mas de onde estiverem tenho certeza que estão a me iluminar e dar forças.

À parteira que foi participante desse estudo e seus familiares pela disponibilidade em contar sua história, tornando possível a realização desse trabalho.

A minha orientadora, professora Joice Moreira Schmalfluss, pelo incentivo, companheirismo e profissionalismo que me orientou.

À professora Eleine Maestri com quem compartilhei o início do que veio a ser esse trabalho, pela sua participação na banca de qualificação e na banca examinadora.

Às professoras Crhis Netto de Brum e Érica de Brito Pitilin, pelas contribuições na banca de qualificação e na banca examinadora.

A todos os professores que me acompanharam durante a graduação, pois foram tão importantes na minha vida acadêmica, seus ensinamentos formaram a profissional que sou.

Às verdadeiras colegas de turma pelo convívio, com quem compartilhei experiências, aprendizados e pude contar em todos os momentos.

À Keli Cristina Marocco, a qual compartilhou comigo um ano intenso de muitas atividades, no qual sua presença, apoio, amizade e entendimento tornaram esse período mais leve.

Ao curso de Enfermagem e à Universidade Federal da Fronteira Sul pela oportunidade de cursar o ensino superior.

A todos aqueles que, de alguma forma, estiveram próximos a mim, apoiando e prestando auxílio, fazendo com que tudo valesse à pena.

A arte de partejar é uma atividade que acompanha a história da própria humanidade e, particularmente, da história da mulher. Por muito tempo, esta arte foi considerada uma atividade eminentemente feminina, tradicionalmente realizada por parteiras (WOLFF; MOURA, 2004, p. 280).

## RESUMO

Atualmente, um dos temas que vem sendo bastante comentado versa sobre a importância da humanização, no contexto de cuidado e atenção ao outro. Os profissionais que prestam assistência à parturiente, durante o trabalho de parto, podem estar desenvolvendo ações que efetivem a realização de um parto humanizado, entendendo a mulher como protagonista deste evento. Observa-se que, de alguma forma, o conceito de parto humanizado está buscando resgatar a forma como os partos eram realizados antigamente, geralmente assistidos por parteiras. Estas conduziam o trabalho de parto e o parto de forma fisiológica, além de fornecer suporte e apoio à parturiente. O presente estudo objetivou conhecer as práticas obstétricas do ofício de uma parteira que atuou nas décadas de 1940 a 1970 em Rio dos Índios/RS. Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, na modalidade de história de vida, desenvolvido no município de Rio dos Índios/RS. A coleta de dados ocorreu em outubro de 2014, por meio de entrevistas abertas e análise de documentos. A técnica de registro de dados utilizada foi o diário de campo. Os dados resultantes da pesquisa foram examinados segundo a análise de conteúdo, proposta por Bardin. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul sob número CAAE 33711914.7.0000.5564. A análise dos dados resultou em dois temas, sendo eles: a arte de partejar e práticas obstétricas. Identificou-se que a arte de partejar é regada por muitos afazeres e percalços, embora, ancorada e recompensada por Deus, de quem a parteira acredita ter recebido esse dom. O tema práticas obstétricas revelou a atuação da parteira desde o cuidado pré-natal até o período puerperal com as mulheres, bem como os cuidados com os seus recém-nascidos. Relacionando as práticas da parteira com o que é preconizado atualmente observou-se algumas semelhanças àquelas consideradas como adequadas, embora outras ainda devam ser melhor discutidas e aprofundadas. Desta forma, alguns dos aspectos considerados como adequados levam à condução de um cuidado humanizado à parturiente com a possibilidade de melhora na qualidade da assistência prestada e na atuação, principalmente, da Enfermagem nessa assistência.

**Palavras-chave:** Parteira leiga. Parto domiciliar. Parto humanizado. Assistência tradicional ao nascimento. Enfermagem obstétrica.



## LISTA DE QUADROS

<b>1</b>	<b>Análise de conteúdo</b>	<b>25</b>
----------	----------------------------	-----------

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>CEOM</b>	Centro de Memória do Oeste de Santa Catarina
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CO</b>	Centro Obstétrico
<b>COREN</b>	Conselho Regional de Enfermagem
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>FUNDESTE</b>	Fundação Universitária do Desenvolvimento do Oeste
<b>HRO</b>	Hospital Regional do Oeste
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>LEPE</b>	Lei do Exercício Profissional da Enfermagem
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>REHUNA</b>	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
<b>SINASC</b>	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFFS</b>	Universidade Federal da Fronteira Sul
<b>UNICEF</b>	Fundação das Nações Unidas para a Infância
<b>UNOCHAPECÓ</b>	Universidade Comunitária da Região de Chapecó

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>15</b>
3.1	A HISTÓRIA DA PARTURIÇÃO	15
3.2	A MUDANÇA DE CENÁRIO DOS PARTOS	17
3.3	O RESGATE DO OFÍCIO DAS PARTEIRAS	18
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO	21
4.2	LOCAL DO ESTUDO	21
4.3	PARTICIPANTE DO ESTUDO	22
4.4	COLETA DE DADOS	22
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	24
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	25
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	<b>27</b>
5.1	A ARTE DE PARTEJAR	27
5.2	PRÁTICAS OBSTÉTRICAS	34
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>51</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA PARA A PARTEIRA</b>	<b>55</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CESSÃO</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE C – UNIDADES DE REGISTRO</b>	<b>57</b>
	<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIA, FILMAGEM E GRAVAÇÃO</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE F – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que, atualmente, um dos temas que vem sendo bastante comentado versa sobre a importância da humanização, no contexto de cuidado e atenção ao outro. Um dos exemplos da preocupação com esse assunto é a Política lançada, em 2003, pelo Ministério da Saúde (MS), chamada Política Nacional de Humanização (PNH), a qual dispõe de diretrizes específicas em cada nível de atenção com diversas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2003).

Corroborando com a proposta da PNH, os profissionais que prestam assistência à parturiente, durante o trabalho de parto, podem estar desenvolvendo ações que efetivem o que está descrito na PNH. Essas ações são baseadas no conceito de parto humanizado e compreendem respeito à individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonistas e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões destas (CASTRO; CLAPIS, 2005).

O conceito de parto humanizado está baseado na valorização da mulher como protagonista do seu parto, em um processo que respeita a sua individualidade, em que a assistência é adequada a sua cultura, crenças e valores (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Desta forma, os partos que ocorrem na perspectiva de humanização, respeitando os desejos da mulher e, da mesma forma, promovendo a sua autonomia, estão ganhando cada vez mais adeptas. Muitas gestantes estão optando por partos domiciliares, por estes serem considerados menos agressivos para a mãe e para o bebê, além de dispensarem o uso rotineiro e desnecessário de muitas intervenções aplicadas nos ambientes hospitalares. Observa-se que, de alguma forma, o conceito de parto humanizado está buscando resgatar a forma como os partos eram realizados antigamente, geralmente assistidos por parteiras. Estas conduziam o trabalho de parto e parto da forma fisiológica, além de fornecer suporte e apoio à parturiente.

Conforme o MS (2010) o termo parteira tradicional é utilizado para englobar os termos: “parteira leiga”, “aparadeira”, “comadre”, “mãe de umbigo”, “curiosa”. O termo parteira tradicional é adotado por valorizar as práticas tradicionais e saberes e caracteriza a sua formação e o conhecimento que as parteiras detém (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva e ciente de que mesmo que a maioria dos partos seja realizado em hospitais, há uma pequena parcela que ocorre de forma não institucionalizada. Em função disso, o MS lançou, em 2010, o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, o qual prevê ações de qualificação e humanização da assistência obstétrica e neonatal por meio de estratégias para a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. Além dessas ações, o Programa do MS também prevê a disponibilização de todo o material necessário para atuação de parteiras tradicionais, principalmente nas regiões do Brasil onde o acesso à saúde é dificultado.

Pode-se observar a atuação das parteiras tradicionais tendo como base os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no qual em 2001, 39.506 partos foram realizados por parteiras tradicionais nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Em 2007, esse número caiu para 14.484 partos, sendo realizados apenas nas regiões Norte e Nordeste do país. Os dados das demais regiões do país não estavam disponíveis (BRASIL, 2010).

Estes números indicam a atividade das parteiras tradicionais no Brasil, a qual pode ser ainda maior, visibilizando a possibilidade de redução nos altos índices de cesárea do país. Estes índices, segundo dados do portal da saúde, chegaram a 52% em 2010, em um contexto em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera ser aceitável até 15% de cesáreas (BRASIL, 2013).

O despertar para a área de saúde da mulher e, conseqüentemente para a realização deste trabalho surgiu logo ao ingressar na Universidade, em 2010, ao cursar o Componente Curricular “História da Fronteira Sul”, na qual realizou-se uma visita ao Centro de Memória do Oeste de Santa Catarina (CEOM). Este foi criado em 1986, pela Fundação Universitária do Desenvolvimento do Oeste (FUNDESTE), a qual mantém a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). O CEOM tem o intuito de deixar registrada a história e a memória das diferentes culturas do Oeste de Santa Catarina. Desta forma, durante a visita foi possível observar os artefatos e ler alguns dos registros de fatos que ocorreram no passado. Em conversa com o guia, este mencionou algumas das histórias registradas lá e uma, especialmente, chamou a atenção - a história de uma parteira.

Porém, o fato de tal estudo ter chamado atenção não era em vão. As histórias de parteiras sempre estiveram próximas de mim e da minha família. Primeiro, por ter uma parteira que morava nos arredores da minha casa e, segundo, pelo fato de

meus pais e alguns tios terem nascido amparados por ela.

Assim, desde a visita ao CEOM surgiu o interesse de desenvolver este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) nessa área. E, quando no oitavo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, o tão esperado Componente Curricular O Cuidado no Processo de Viver Humano II chegou, na qual era contemplada a saúde da mulher, a certeza sobre a escolha da obstetrícia foi absoluta.

A admiração por essa área foi ainda maior quando, durante as atividades teórico-práticas do Componente Curricular realizadas no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Regional do Oeste (HRO), observou-se as mulheres desde o trabalho de parto até o puerpério mediato. Desta forma, ficou evidente como uma assistência diferenciada, baseada na humanização, pode influenciar tanto na condução do trabalho de parto, parto e puerpério mediato, como na relação entre os profissionais da área com a parturiente e seus familiares. Nestes momentos de atividades percebeu-se que o apoio do profissional é fundamental e que o respeito à autonomia da mulher favorece e facilita um parto idealizado e sem intercorrências.

Dessa forma, esse estudo visa responder à seguinte questão de pesquisa: quais eram as práticas obstétricas do ofício de uma parteira que atuou nas décadas de 1940 a 1970 em Rio dos Índios/RS?

## 2 OBJETIVOS

A seguir, serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos do trabalho que foi realizado.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as práticas obstétricas do ofício de uma parteira que atuou nas décadas de 1940 a 1970 em Rio dos Índios/RS.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever como ocorreu o aprendizado do ofício de parteira.

Compreender como eram realizados os partos pela parteira.

Identificar a existência de práticas de cuidados específicos no período gravídico-puerperal desenvolvidas pela parteira.

Descrever complicações observadas durante o ciclo gravídico-puerperal e as práticas de cuidado que eram realizadas pela parteira em cada contexto.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura serão abordados os seguintes temas: a história da parturição, a mudança de cenário dos partos e o resgate do ofício das parteiras.

#### 3.1 A HISTÓRIA DA PARTURIÇÃO

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas como comadres, aparadeiras ou parteiras leigas, as quais detinham um saber empírico e, assistiam essas mulheres durante a gestação, parto e puerpério, incluindo os cuidados com o recém-nascido (BRENES, 1991). O que perdurou por muito tempo, pois a medicina considerava o fenômeno de dar à luz um evento fisiológico e, desta forma manteve-se longe do cenário da parturição (WOLFF; MOURA, 2004).

Entretanto, tal prática foi mudando ao longo dos séculos, e, desta forma, as práticas obstétricas sofreram algumas mudanças e evoluções, que repercutem, ainda hoje, de alguma forma, no trabalho diário de profissionais atuantes nessa área.

As mudanças iniciaram quando a medicina adentrou nessa área denominando de arte obstétrica e, o profissional desta área intitulado médico-parteiro. Tal processo iniciou no século XVII e XVIII na Europa, seguindo para o Brasil em 1808 com a inauguração das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro (BRENES, 1991).

Foi nesse período que teve início a participação masculina no parto, ficando evidentes as relações de gênero, as quais perduram até os dias de hoje. A partir desse momento a mulher passou a ser vista com um enfoque biológico, tal enfoque permitia a interrupção da gravidez, desde que está oferecesse risco de vida para a mãe, em seguida este olhar foi voltado para questões de sexualidade, higiene e moral feminina e, por último o papel desta mulher na sociedade, como esposa, mãe e dona de casa (BRENES, 1991).

No século XIX, o prestígio da medicina se espalhava e desta forma era atribuído às parteiras elevadas taxas de morte materna e infantil, tendo como principal causa à infecção. Embora não fosse observado que as parteiras



geralmente atendiam a população mais vulnerável e que as dificuldades iam muito além do parto (OSAVA; TANAKA, 1997).

Conforme as mesmas autoras, em 1923, houve a criação da profissão de Enfermeira no Brasil. Porém, ambas as profissões, enfermeiras e parteiras, mantinham divergência de ideias, visto que as enfermeiras defendiam que o curso de Enfermagem deveria ser pré-requisito para o Curso de parto, enquanto que as parteiras consideravam que seu curso deveria permanecer sob tutela médica e que embora a Enfermagem e a obstetrícia fossem profissões afins, eram distintas entre si.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem COREN/SC:

Em 1832, institucionaliza-se a formação de parteiras por meio de Cursos Anexos às Escolas de Medicina, conforme estabelecido na Lei de 3 de outubro de 1832. Os cursos surgiram com as reformas do ensino de medicina e estavam sob o controle do saber médico acadêmico (COREN/SC, 2010, p. 12).

Esta reforma surgiu devido à precariedade no ensino das escolas médicas, foi por meio dela que se possibilitou a formação de parteiras. Anteriormente a esta data não se tinha nenhuma forma de ensino normatizada para a formação de obstetrícia para as mulheres.

Assim, em 1834 forma-se a primeira parteira, Maria Josefina Matilde Durocher. Nesse âmbito percebe-se mais uma questão importante de gênero. Isso fica evidente quando Brenes (1991) utiliza uma afirmação de Souza (1967) que diz que “Madame Durocher vestia-se como homem, porque, explicava, exercia uma profissão masculina”.

As dificuldades no ensino prático, dos cursos da área da saúde, ainda existiam, devido ao fato dos alunos realizarem suas práticas em manequins, falta de espaço, falta de parturientes. Quando conseguiram abrir uma enfermagem de partos, a procura por parte das parturientes foi baixa. Acredita-se que tal fato era decorrente do receio que as parturientes tinham da internação (BRENES, 1991).

Em 1968, com a Reforma Universitária, a qual instituiu a proibição da duplicação de cursos com finalidades semelhantes, o curso de parteiras ficou exclusivamente sob-responsabilidade das escolas de Enfermagem (OSAVA; TANAKA, 1997).

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (LEPE) nº 7.498/86 de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, regulamenta o exercício da Enfermagem. Sendo que Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e, Parteira podem exercer a profissão no país e estão capacitados a prestar assistência às gestantes, parturientes e puérperas Enfermeiras, Obstetizes, Enfermeiras Obstétricas e Parteiras (BRASIL, 1986).

A Obstetiz e Enfermeira Obstétrica além de prestar assistência a parturiente e ao parto normal, podem identificar distociais obstétricas<sup>1</sup>, realizar episiotomia<sup>2</sup> e episiorrafia<sup>3</sup> e, aplicar anestesia local (BRASIL, 1986).

### 3.2 A MUDANÇA DE CENÁRIO DOS PARTOS

O nascimento é considerado, historicamente, como um ato natural, um evento íntimo privativo da mulher, o qual vem sofrendo alterações e, ao ser levado para as instituições de saúde tornou-se um momento público e institucionalizado. A assistência hospitalar prestada à mulher deve ser segura, considerando os avanços científicos, porém, não esquecendo a essência da humanização com a mulher e seus familiares (WOLFF, 2004).

Segundo a mesma autora, juntamente com a institucionalização do parto e com a entrada dos médicos-parteiros na assim chamada, arte obstétrica, homens auxiliavam principalmente na hemostasia, sutura e drenagens, já que não conheciam a fisiologia, mas também em situações de anomalias no parto.

Em decorrência dos fatos já citados anteriormente, vem como consequência o processo de medicalização, a qual foi institucionalizada como uma prática exclusivamente masculina.

Nesse sentido, Osava (1997), ressalta que com a entrada dos médicos e seus instrumentos, as parteiras foram deixadas para segundo plano e, houve o fim da feminização do parto. O que antes acontecia no ambiente domiciliar da própria mulher, juntamente com sua família, passou a incluir rotinas cirúrgicas, fórceps e episiotomia possibilitando a aprendizagem de acadêmicos.

---

<sup>1</sup> Complicações de um trabalho de parto difícil e complicado.

<sup>2</sup> Corte feito na parte externa da vagina para ajudar na passagem do bebê durante o parto.

<sup>3</sup> Sutura do períneo ou dos grandes lábios.

Essas mudanças que tiveram início há muitos anos perduram até os dias atuais, no qual pode-se observar as elevadas taxas de cesáreas, associadas a intervenções com as mulheres como a realização de episiotomia, medicalização, indução do trabalho de parto e, com os bebês, uso de fórceps, corte prévio do cordão umbilical e ausência de contato pele a pele logo após o nascimento.

Em relação às elevadas taxas de cesáreas a OMS recomenda ser aceitável até 15% dos partos realizados por meio da cirurgia cesariana. Entretanto, o relatório mais recente da UNICEF (The United Nations Children's Fund), datado de 2011, mostrou que de 2005 a 2009 o Brasil apresentou a maior taxa de cesariana do mundo, com 44% de cesáreas (UNICEF, 2011).

Já em 2010, segundo dados do portal da saúde por meio do caderno “As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas”, o número de cesarianas foi ainda maior, totalizando 52% dos partos realizados no País (BRASIL, 2011).

Conforme os dados mais recentes obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), por meio do DATASUS, em 2011, de um total de 17 partos que ocorreram no município de Rio dos Índios/RS, todos foram via cesárea (DATASUS, 2011).

### 3.3 O RESGATE DO OFÍCIO DAS PARTEIRAS

A partir dos dados mencionados anteriormente se torna evidente o aumento do número de cesáreas no Brasil. É nesse sentido que se busca resgatar as práticas realizadas pela parteira, fundamentada no Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do MS lançado em 2010, o qual já foi citado anteriormente, e propõe ações de qualificação e humanização da assistência obstétrica e neonatal, com estratégias para a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. Além dessas ações, o Programa do MS também prevê a disponibilização de todo o material necessário para atuação de parteiras tradicionais, principalmente nas regiões do Brasil onde o acesso à saúde é dificultado (BRASIL, 2010).

Em um estudo realizado por Pinto (2002) sobre as vivências cotidianas das parteiras do Tocantins, evidenciou-se que além destas assistirem aos partos, benzimentos e curas, também trabalham na lavoura e cuidam dos afazeres domésticos. As mesmas ficam com uma grande carga diária de trabalho e segundo

relatos das parteiras “não há tempo bom ou ruim, chuva ou vento, esteja escuro ou claro” (PINTO, 2002, p. 443). Como as parteiras acreditam que assistir ao parto é um dom que receberam, elas cumprem a sua missão, atendendo a chamados e recebendo como recompensa a gratidão de quem ajudou. Muitas vezes, a família não tem condições de oferecer alimentos às parteiras, as quais trabalham, com menos que as condições mínimas necessárias (PINTO, 2002).

O trabalho das parteiras envolve a arte de cuidar, em que se observa que o cuidado é um ato que percorre as ações e atitudes dos seres humanos estando diretamente envolvido com o parto. O cuidado é uma forma de ver o indivíduo no todo, considerando as suas crenças, ideologias, valores e, acima de tudo, respeitando a individualidade de cada ser humano.

As parteiras trazem consigo esse compromisso do cuidado por sentirem a responsabilidade que carregam de cuidar das pessoas a sua volta. Desta forma, constroem, com base em um saber empírico, o conhecimento necessário para cuidar das pessoas que precisam da sua ajuda.

Conforme Borges (2007), em pesquisa realizada com parteiras para compreender o entendimento que elas têm sobre o cuidado humanizado, foi evidenciado que esta é uma das importantes ferramentas utilizadas por elas e está no centro das suas ações. Segundo as parteiras, o cuidado prestado se consolidou a partir das suas vivências interpessoais, em que valorizam os fatos do cotidiano e a subjetividade do ser humano.

Nesses últimos anos foi possível observar um investimento governamental voltado para o parto normal, por meio da mídia, da OMS, do MS, associações e ONGs. Também uma ampla divulgação de partos realizados nos domicílios; em hospitais, de forma humanizada; e por enfermeiras obstétricas, parteiras e acompanhamento de doulas.

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) vem ao encontro dessas perspectivas, mostrando evidências científicas para prestar assistência e cuidados perinatais que visam diminuir o número de intervenções desnecessárias e promover assistência baseada no processo fisiológico (REHUNA, 2013).

Em 2000, o MS lançou O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade materna, peri e neonatal, no Brasil. Por meio de medidas que assegurem a melhoria ao acesso;

cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal; da assistência ao parto, puerpério e período neonatal. Uma das ações da PHPN é o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais e financiamento de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica (BRASIL, 2000).

No sentido de efetivar o que é descrito nessa portaria, Wolff (2004) ressalta que para uma assistência humanizada ao parto e nascimento é necessário considerar a mulher como sujeito do parto, no qual o sucesso desse evento depende da sua participação e deve ocorrer da maneira mais natural possível.

Por fim, observa-se que as práticas obstétricas que eram realizadas e são realizadas até hoje pelas parteiras convergem, na maioria das vezes, para a realização de um parto humanizado, no qual se direciona a atenção para as necessidades da mulher, proporcionando a ela o controle da situação na hora do nascimento do seu filho.

## 4 METODOLOGIA

A seguir, a descrição da metodologia que foi utilizada na pesquisa.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

No presente trabalho foi realizada uma pesquisa qualitativa, na modalidade de história de vida.

Para Víctora (2000, p.37) os métodos qualitativos de pesquisa em saúde podem ser definidos como:

[...] sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Assim sendo, eles permitem a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo. Essa abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos.

A mesma autora ainda levanta que a história de vida pode, além de recuperar as experiências dos indivíduos, recolher crenças, mitos, tradições, o que permite o melhor entendimento da própria história e trajetória dos informantes (Víctora, 2000).

O método de história de vida possibilita adentrar na trajetória histórica do participante, por meio do estabelecimento de vínculo e da proximidade com o sujeito do estudo.

Para Glat (1968, p.57), neste tipo de metodologia, o que interessa para o pesquisador “é o ponto de vista do sujeito. O objetivo desse tipo de estudo é justamente apreender e compreender a vida conforme ela é relatada e interpretada pelo próprio ator”. Conforme o mesmo autor o pesquisador precisa ouvir o que o sujeito tem a dizer, o que ele acredita que seja importante para o pesquisador, a partir das experiências que vivenciou.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Rio dos Índios/RS, o qual, segundo dados do histórico das cidades do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1940 ainda não era emancipado e dependia política e administrativamente do 4º Distrito de Iraí, município também localizado no Rio

Grande do Sul. Rio dos Índios, nessa época, era baseado na atividade madeireira, em que muitos colonizadores chegavam ao local atraídos por esse fim. Em 1940 houve a construção de um hotel, devido a sua posição geográfica estratégica, sendo a atividade hoteleira promissora por mais alguns anos (IBGE, 2012).

Em relação aos serviços de saúde dessa época, não foram encontrados registros específicos dos mesmos.

Mais tarde, em 1992, o município foi emancipado. Atualmente, com 22 anos de emancipação, segundo dados do Censo de 2010, do IBGE, este possui uma população de 3.616 habitantes. Conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e com uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atende todo o município. Os casos mais graves são encaminhados à Sociedade Hospitalar Comunitária Beneficente, localizada na cidade de Nonoai/RS.

Pelo fato de a participante residir em Rio dos Índios, este foi o local do presente estudo. As entrevistas aconteceram na própria residência da participante. Victora (2000), afirma que os encontros para a realização das entrevistas podem ser realizados na residência dos sujeitos de pesquisa ou em outro local de sua escolha.

#### 4.3 PARTICIPANTE DO ESTUDO

Foi participante da pesquisa a parteira que atuava na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e seus recém-nascidos em Rio dos Índios, nas décadas de 1940 a 1970. O contato com a participante em questão foi feito na sua residência, quando na ocasião de um primeiro encontro no qual esta foi convidada a participar do estudo.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas abertas, durante o mês de outubro de 2014, e por análise de documentos. As entrevistas foram realizadas com a parteira a partir de um roteiro de pesquisa anteriormente estabelecido (APÊNDICE A), em data, horário e local previamente agendado e adequados à entrevistada, tendo duração média de uma hora e sendo registradas com câmera digital.

O número de entrevistas realizadas que respondeu aos objetivos do estudo considerou quatro encontros com a parteira, sendo que considerando a qualidade

das informações obtidas, a coleta de dados foi encerrada à medida que estas atingiram o ponto de saturação, ou seja, começaram a se tornar repetitivas ou não acrescentaram fatos novos aos relatos obtidos preliminarmente (BERTAUX, 1980).

Depois de realizadas as entrevistas, as mesmas foram transcritas e, em seguida a transcrição foi apresentada à participante para que essa validasse as suas falas. Estando em acordo, a participante foi convidada a assinar o Termo de Cessão (APÊNDICE B).

Além das entrevistas abertas também foi efetuada uma análise de documentos, a qual é uma boa fonte de informações que pode aliar-se a outras técnicas de coleta, complementando-as ou evidenciando fatos novos (VÍCTORA, 2000). Os documentos foram procurados em locais que pudessem conter materiais de domínio público, tais como arquivos de jornais da época armazenados no museu da cidade de Rio dos Índios, bem como na biblioteca pública da cidade.

Por meio desta procura de documentos se buscou encontrar a existência de algum registro com relação aos partos e às atividades desenvolvidas pela parteira naquela época, incluindo documentos pessoais da parteira. Conforme afirma Víctora (2000), podem ser coletados dados na pesquisa documental de documentos oficiais (leis, regulamentos), pessoais (cartas, diários, autobiografias) e públicos (livros, revistas, discursos).

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2014, e enquanto os dados foram coletados também foram transcritas as entrevistas e construído o diário de campo.

A técnica de registro de dados que o pesquisador utilizou foi o diário de campo, instrumento mais básico de registro de dados do pesquisador para escrever todas as observações, experiências e sentimentos, de forma detalhada, de cada visita a campo (VÍCTORA, 2000).

Por meio do diário de campo foi possível registrar os encontros realizados e as representações desses encontros, tanto para a parteira quanto para a entrevistadora. Nos quatro encontros a parteira mostrou-se disponível ao contar a sua história de vida e, tanto ela quanto seus familiares foram acolhedores na recepção das pesquisadoras. Na maioria dos encontros a parteira estava aguardando as pesquisadoras, já que as entrevistas eram agendadas previamente. Durante as entrevistas a parteira se demonstrou calma, confiante e segurança ao responder as perguntas que eram solicitadas, contando como foi a sua trajetória



como parteira. Não se negou a responder nenhuma pergunta e frequentemente ressaltava a relevância desse trabalho, também para ela. Ficou evidente o entusiasmo e orgulho com os quais a mesma se referia às práticas obstétricas que realizou.

Ainda no diário de campo foram registradas as percepções da entrevistadora em relação à realização desse trabalho e aos encontros em si. Na primeira entrevista houve um pouco de apreensão, sendo que esta foi diminuindo com o passar das próximas entrevistas. O fato de ter ido a campo para a realização de uma pesquisa, ter entrado em contato com uma pessoa de tamanha experiência e ao mesmo tempo ter ouvido o que esta pessoa tinha a dizer, considerando os fatos mais relevantes da sua trajetória de vida, foi de extrema significância. A entrevistadora não interferiu nas falas da parteira, tampouco induziu alguma resposta na condução das entrevistas e, conseqüentemente, das respostas, remetendo à responsabilidade de relatar a história de vida da parteira, incluindo tudo que esta significou para ela, seus familiares e pessoas próximas. Ainda, estes momentos de encontro com a parteira serviram de aprendizado, tornando possível a construção deste trabalho, além de ter sido uma experiência ímpar para a acadêmica que pretende seguir atuando na área obstétrica.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados resultantes da pesquisa foi realizada por meio de análise de conteúdo de Bardin (2009), em que para ela: “a análise de conteúdo, enquanto método torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo organiza-se em torno de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Desta forma, seguindo a proposta de Bardin (2009), primeiramente foram obtidas as Unidades de Registro a partir das entrevistas transcritas. As Unidades de Registro destacadas contabilizaram 108, as quais podem ser consultadas no Apêndice C. A partir das Unidades, foi realizada a categorização de dez categorias intermediárias, as quais foram: ofício de partejar; ensinar; pré-natal; assepsia; posicionamento; parto; cuidados com o bebê; puerpério; complicações e práticas

alternativas. Por último, foram elencados dois temas, sendo eles: a arte de partear e práticas obstétricas. Estas informações podem ser consultadas no quadro que segue:

Quadro 1 - Análise de conteúdo

<b>Unidades de Registro</b>	<b>Categorias Intermediárias</b>	<b>Temas</b>
108	Ofício de partear Ensinar Pré-natal Assepsia Posicionamento Parto Cuidados com o bebê Puerpério Complicações Práticas obstétricas	A arte de partear Práticas obstétricas

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2014.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em cumprimento à Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, juntamente com os aspectos éticos da pesquisa, o presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFFS e aprovado pelo mesmo sob número CAAE 33711914.7.0000.5564 (ANEXO A). À participante foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), em duas vias, sendo que uma ficou com a pesquisadora e outra com a participante. Bem como o Termo de Consentimento para Fotografia, Filmagem e Gravação (APÊNDICE E), no qual a participante concordou com a fotografia, a filmagem e a gravação.

Além disso, a autora comprometeu-se a manter a confidencialidade das informações contidas no diário de campo, assim como, utilização dos dados somente para fins científicos, por meio do termo de compromisso para utilização dos dados (APÊNDICE F). Salienta-se que todas as entrevistas foram transcritas conforme a própria expressão da entrevistada e codificadas com a letra P referente

à parteira. Não foi mantido sigilo da identidade da parteira por se tratar de uma única participante e a metodologia empregada na pesquisa utilizar a história de vida.

As questões éticas envolvendo a participação da parteira nesta pesquisa poderiam ocasionar riscos e desconfortos decorrentes da possibilidade de causar constrangimento durante a(s) entrevista(s), pela possibilidade de sua identidade ser revelada, por incômodo em falar ou, ainda, por mobilização emocional. Desta forma, a participante foi informada de que não precisaria responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a(s) entrevista(s) caso se sentisse desconfortável ou achasse que a resposta trataria-se de algo muito pessoal. Se riscos fossem gerados, os mesmos seriam minimizados por meio do encaminhamento da participante a um atendimento com profissional da saúde, fato que não ocorreu. Como benefício, a participação da parteira nesta pesquisa permitiu que a mesma contasse a sua história de vida, contribuindo para a construção do conhecimento, bem como qualificação das práticas obstétricas, também destacando-se como benefício a relevância social desta pesquisa.

Os documentos provenientes da pesquisa ficarão armazenados durante cinco anos, sob os cuidados da professora orientadora da pesquisa, Joice Moreira Schmalfluss, em armário institucional da docente e, após esse período, serão destruídos.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A parteira entrevistada, atualmente, está com 101 anos de idade, tendo seu estado cognitivo de memória, atenção e raciocínio bom, com coordenação motora diminuída e mobilidade prejudicada, pelo fato de ter passado por amputação em perna direita, por conta de uma trombose. É católica, trabalhou na agricultura e no lar, e atuou como parteira durante 33 anos. Atualmente, por conta da mobilidade física prejudicada, seus cuidados ficam por conta dos onze filhos.

Conforme os objetivos do estudo e de acordo com a metodologia proposta por Bardin (2009), a análise dos dados coletados resultou em dois temas, sendo eles: a arte de partejar e práticas obstétricas.

### 5.1 A ARTE DE PARTEJAR

Amparar uma mulher para o nascimento de seu filho é um ofício minucioso que exige dedicação, paciência, sabedoria e disponibilidade. Ofício que a parteira entrevistada executou durante os trinta e três anos que se dedicou à arte de partejar para ajudar outras mulheres. Entretanto, seu curso de vida não foi diferente das demais mulheres as quais prestou auxílio, pois vivenciava os mesmos dilemas das mães, esposas, comadres, donas de casa e agricultoras que acompanhou.

O início de tudo ocorreu com a necessidade que os moradores da mesma região onde a parteira morava demandavam em relação aos cuidados durante o período gravídico-puerperal. Desta forma, o começo de tudo sucedeu quando a parteira foi procurada por mulheres e seus familiares, fato que pode ser identificado nas falas que seguem:

“Foi ela que precisou de mim não é”?

“Aí eu fui lá e fiz tudo, só precisava a gente leva a mão lá no parto da mulher [...]”.

“E graças a Deus eu sempre fui feliz. Foi assim, a primeira”!

O mesmo início foi evidenciado por Nascimento et al. (2009), no qual a formação das parteiras ocorria na prática e era ligada à falta de assistência às mulheres no contexto de atuação, sendo estas movidas pela vontade de servir, pela curiosidade e pela necessidade de trabalhar.

Associada a essa carência por pessoas que fossem referências para as grávidas, o apoio familiar, principalmente do marido, foi decisivo para que a prática de parteira se efetivasse, conforme ficou evidente na fala a seguir:

“[...] e eu não queria vim e o finado meu marido fez eu vim”.

Esse apoio familiar, em destaque o do marido, também foi evidenciado em um estudo que relatou as vivências cotidianas de parteiras e “experientes” do Tocantins:

Nas constantes viagens para aparar criança ou benzer, a parteira geralmente vai sem restrição por parte do marido, que tem consciência dos trabalhos que ela executa. Os próprios maridos afirmam que é necessário que se faça isso, pois é uma questão de solidariedade [...] (PINTO, 2002, p. 446).

Desta forma, ao se dispor para a arte de partejar, era necessário estar disponível a qualquer chamado, fosse dia ou noite, chuva ou frio, conforme mostram as falas a seguir:

“E aí eu trazia o lampião aceso na mão. E um chapéu na cabeça [...]”.

“Uma noite foram me chamar e eu não queria vim porque eu tinha meu filho aquele doente”.

Por meio destas falas foi possível identificar os esforços que eram realizados por parte da parteira. Corroborando com esses achados, podemos observar os mesmos esforços, por parte das parteiras, segundo o autor citado anteriormente:

[...] não têm dia nem hora marcados, ou, como elas dizem, “não há tempo bom ou ruim, chuva ou vento, esteja escuro ou claro”. Se recebem um chamado qualquer, é preciso ir atender. É uma questão de solidariedade, e só aquelas que receberam essa espécie de dom armazenam força e energia suficiente para cumprir a missão de ajudar, servir, aliviar a dor daqueles que precisam (PINTO, 2002, p. 443).

Muitas vezes, o chamado vinha de pessoas desconhecidas, causando medo na parteira, fato este que ficou evidente nas seguintes falas:

“[...] eram em três, e eu sozinha né. Que parassem [para acender o lampião] porque eu tava no escuro. Tava no escuro viu e eu sozinha. Não dava!”

“[...] um me chamava e outro me chamava e eu não queria ir nunca porque tinha medo.”

O sentimento de medo também foi relatado em outro estudo realizado com parteiras, a qual uma delas referiu ter sentido muito medo por ter sido chamada por um homem desconhecido para atender a sua mulher e ir a um lugar que ela não conhecia, além de ser pouco povoado. Embora, mesmo que nessas circunstâncias, a parteira não negou ao chamado (PINTO, 2002).

Como naquela época não se dispunha dos meios de locomoção que temos na atualidade, a forma como a parteira chegava até as parturientes dependia das condições climáticas e de transporte do momento. Entretanto, independente destas, a parteira atendia aos chamados, pois a criança não tinha hora marcada para chegar e quando fosse a sua hora simplesmente acontecia, de forma natural e a parteira prontamente se deslocava, como observamos nas falas:

“Do jeito que dava eu ia”.

“[...] umas a pé, outras à cavalo, outras até de burro me lembro [...]”.

“[...] eu então ia sozinha lá ajudar as mães”.

Apesar de se deslocar, muitas vezes, por grandes distâncias para atender aos chamados das mulheres e praticar o dom que lhe foi dado, a entrevistada também realizava outras atividades, como serviços domésticos e da agricultura, os quais

eram complementares à arte de partejar, podendo ser evidenciado na fala que segue:

“Ah eu vinha vindo da lavoura”.

Neste sentido, o envolvimento com as atividades diárias da parteira entrevistada nesse estudo corroboram com a pesquisa de Pinto (2002), no qual, por meio desta, foi possível identificar que as parteiras desempenham múltiplos papéis, realizando muitos tipos de trabalho, tendo esse papel de destaque.

Outro ponto importante refere-se à forma como, muitas vezes, a parteira tinha seus próprios filhos. Esta relatou que estava realizando suas atividades diárias, serviços domésticos ou trabalhando na lavoura quando sentia que seus filhos iam nascer, ganhando-os sozinha, conforme pode ser evidenciado nas falas:

“E quando eu me agachei pra lavar a panela não é que arrebenta a bolsa [...]”.

“[...] ganhei lá fora ainda, sozinha”.

Conforme Nascimento et al. (2009) é intrigante o número de parteiras que aprendem sozinhas, muitas delas fazendo seus próprios partos sem a ajuda de ninguém. Fato também vivenciado pela parteira entrevistada que relatou estar vindo da lavoura e sentiu que ia ganhar o bebê, realizando o seu próprio parto.

Associadas à prática de amparar o parto, também eram agregados os conhecimentos farmacêuticos, os quais eram essencialmente úteis no decorrer do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério e/ou na condução de complicações.

Assim como seus conhecimentos farmacêuticos, a parteira também ensinava a prática sobre como eram realizados os partos para pessoas que estivessem dispostas a aprender e buscassem por seus ensinamentos. Dessa forma, as práticas realizadas pela parteira poderiam se propagar e chegar até as mulheres e recém-nascidos que necessitavam desses cuidados:

“[...] e aí eu ensinava. Até eu via ali e fazia, e ensinava. Ensinava as outras né”.

“[...] trouxeram um médico. E com duas enfermeiras pra ver como é que eu fazia”.

A parteira pesquisada no estudo se dispunha a repassar os conhecimentos que agregou para outras pessoas às quais a procurassem, contudo, ela relatou as competições e disputas existentes por parte das outras parteiras, as quais diferentemente dela se negavam a passar o seu conhecimento adiante, conforme foi relatado:

“Você é mais esperta, mas tu não ensina aquela lá que é meia feia”.

“Ou outra ia ensinar vocês também, às vezes ensinam mal”.

“[...] uma não ensina a outra”.

Nesse sentido, Nascimento et al. (2009) relataram as disputas simbólicas que ocorriam tanto por parte de mulheres que compartilhavam da mesma denominação quanto de níveis diferenciados. Tais disputas se davam pelo fato de cada uma tentar buscar o seu lugar.

Além do envolvimento da parteira nas práticas que integravam o ensino por meio da transmissão do seu conhecimento, o amparo ao parto, a sua disponibilidade e doação do seu tempo, esta ainda realizava doações de donativos como roupas e alimentos às paturientes. Dependendo das condições de cada mulher, a entrevistada doava suas próprias roupas ou até mesmo alimentos quando visualizava a necessidade da família a quem estava prestando auxílio, o que pode ser visto na seguinte fala:

“[...] eu às vezes pegava minha roupa do meu corpo e dava pras mães que não tinha, pra vestir, pra eu ir no médico com ela”.



Como recompensa pela realização dos partos, a parteira recebia o agradecimento da família a quem ajudou e o reconhecimento da comunidade. Outras vezes os partos eram pagos com “agrados”:

“Muitos vinham e me traziam rapadura pra pagar o parto [...]”.

Nascimento et al. (2009) em sua pesquisa que objetivou caracterizar a experiência de cuidado no partejar das parteiras identificaram que algumas delas recebiam como recompensa um presente, outras recebiam pagamento efetuado pela gestante, embora a maioria (79,4%) não recebia nada em troca. Para os autores recém citados, tradicionalmente, partejar é considerado um dom divino, e as parteiras se contentam com uma galinha ou frutas de lembrança (NASCIMENTO et al.; 2009).

O fato relatado pela parteira de não receber recompensa financeira pelo amparo ao parto converge com as falas descritas a seguir, nas quais podemos observar que todos os seus afazeres eram ancorados na sua religião, no qual a fé sustentava para que esta cumprisse sua missão. Mesmo que, por muitas vezes, a parteira teve que enfrentar alguns desafios, foi gratificada por Deus por cumprir a missão dada por Ele e por ter ajudado tantas gestantes, sendo recompensada assim:

“[...] eu tenho mas é lá de Deus, eu tenho, cumpri é com Deus”.

“Se eu tenho? Dessas coisas eu tenho, aquele coisinho do pescoço”.

Na última fala acredita-se que a parteira esteja se referindo ao escapulário que usava no pescoço para sua proteção. Nessas falas é possível identificar que a certificação da parteira para a realização dos partos era vinda de Deus, independente do que é considerado em termos de lei, aliada à dificuldade de acesso ao ensino institucionalizado nas regiões do interior. Ainda em relação à religião foi possível destacar as seguintes falas:

“Porque eu até agora tenho fé muito grande em Nossa Senhora”.

“Tinha a vela aquela, eu tenho uma vela. Pra quando elas acenderem aquela vela, se rogada pra Nossa Senhora”.

“[...] a Nossa Senhora Medianeira, eu tenho que te uma, assim na gente, uma cinta, e a gente sempre rezando”.

Por meio das falas descritas anteriormente foi possível identificar a influência da religião nas práticas da parteira. O que também pôde ser evidenciado em um estudo que objetivou identificar as condições de trabalho de parteiras tradicionais, mostrando que “[...] a fé é incorporada como regra e parâmetro para que o trabalho de parto aconteça sem maiores problemas, independente da religião a que pertencem [...]” (BESSA, 1999, p. 253).

Pinto (2002, p. 444) também relatou o fato de que as parteiras acreditam ter recebido uma missão de Deus: “o não se negar, como elas dizem, representa cumprir uma missão que lhes foi confiada por Deus através dos dons que receberam”.

Hoje, com 101 anos de idade e rodeada pelos seus filhos, netos e bisnetos, a parteira recorda com orgulho do caminho percorrido:

“[...] porque eu fui uma parteira de antigamente. É! De antigamente, daquelas que tudo corriam de atrás de mim. Que era eu que elas queriam, queria era eu”.

“Mas muitas, muitas e muitas. Muitas mulheres.”

O fato de ter sido uma parteira de antigamente procurada por muitas mulheres revela que o percurso da arte de partejar inclui alguns percalços, sendo regado por muitos afazeres, mas que a realização das práticas obstétricas e a benção de Deus recompensam as adversidades vividas.

## 5.2 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS

Descrever as práticas obstétricas que eram realizadas por uma parteira pode ser uma forma para embasar as ações dos profissionais que atuam na obstetrícia, para que se efetive o conceito de assistência humanizada à parturiente, respeitando o empoderamento da mesma, tratando o parto como um evento fisiológico. Para isso é necessário considerar a atenção à mulher de forma holística, vendo-a no todo e realizando uma assistência que atenda às necessidades de cada uma. Assim para Wolff e Moura (2004), “a gestação, o parto e puerpério constituem uma das experiências humana mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos os que dela participam”.

A parteira entrevistada participava ativamente do ciclo gravídico-puerperal, tendo início seu compromisso com a mulher ainda no pré-natal, quando algumas já a procuravam para tratar com ela sobre o atendimento do seu parto. Nessa ocasião, a parteira fornecia informações importantes para a mulher que versavam acerca da gestação, do parto e do puerpério. Entretanto, algumas vezes as gestantes não vinham conversar antes do parto e a parteira era chamada quando o trabalho de parto era iniciado, conforme pode ser evidenciado nas falas a seguir:

“Ensinava, às vezes se ela não sabe nada, também nunca falo comigo”.

“Às vezes nem vinham”.

“[...] sente até os pezinhos assim, ou a cabecinha a gente sente”!

A última fala descrita anteriormente remete a pensar que a parteira esteja se referindo às Manobras de Leopold-Zweifel, o qual eram utilizadas com a finalidade de identificar aspectos importantes da gestação relacionados ao bebê. Estas Manobras são bastante comuns e realizadas nos dias de hoje por profissionais que prestam assistência à gestante, já sendo uma prática obstétrica realizada pela parteira durante o acompanhamento das gestantes no pré-natal.

As Manobras de Leopold-Zweifel, realizadas por meio da palpação abdominal, é recomendada a partir do segundo trimestre de gestação e envolve quatro tempos para a sua realização, sendo eles: no primeiro tempo é delimitado o fundo do útero com as duas mãos encurvadas observando o polo fetal que o bebê ocupa, pode-se realizar o rechaço fetal. No segundo tempo é determinada a posição fetal, deslizando as mãos do fundo do útero ao polo inferior, em que pode-se observar o dorso fetal de um lado e os membros do outro. O terceiro tempo determina a apresentação do feto, procura-se o polo com os dedos polegar e indicador, com movimentos de lateralidade para verificar o grau de penetração. Por fim, no quarto e último tempo coloca-se as mãos nas fossas ilíacas subindo em direção ao hipogastro, com a mão esquerda apreende-se a fita métrica, verificando o comprimento obtido (SILVA et al.; 2009).

Além desses aspectos que envolviam os cuidados praticados pela parteira com a gestante durante o pré-natal, também eram realizados outros cuidados para o parto, os quais incluíam o preparo do mesmo, a limpeza dos materiais que seriam utilizados, embora, como destacado pela própria parteira, pouca coisa existia. Apesar disso, os materiais eram limpos e queimados no fogo, como uma tentativa de esterilização, conforme fica evidente nas falas que seguem:

“[...] queimada [a tesoura e a agulha] também no fogo da luz do lampião, eu queimava sempre. Naquele tempo até, pouca coisa existia”.

“A gente já preparava a tesoura queimada”.

“A tesoura tá queimada e aí a agulha tá queimada, tudo queimado”.

“Um pano bem limpo, bem limpo, bem limpo mesmo, tem que ser um pano limpo”.

Em relação aos cuidados tomados visando o controle de infecção, além do preparo dos materiais que seriam utilizados no parto, outras técnicas de assepsia eram utilizadas pela parteira, conforme observamos nas falas:

“Mas Deus me livre lavava muito a mão [...]”.

“[...] e a boca também, a gente tem que lava bem a boca [...]”.

Nessa perspectiva, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) associada ao MS lançou o Manual de Segurança do Paciente - Higienização das mãos, no ano de 2007, o qual destaca a importância da higienização das mãos para a prevenção de infecção do paciente, sendo esta uma medida de prevenção primária, entretanto, barata e efetiva no combate a infecções (BRASIL, 2007).

A técnica de higienização das mãos era essencial pelo contato próximo com a parturiente e, algumas vezes, pela necessidade de realização de técnicas invasivas, como o toque, por exemplo, o qual será citado mais adiante.

Depois de preparados os materiais para o parto, o próximo passo era estar à disposição para quando a parturiente iniciasse com os primeiros sinais de que entraria em trabalho de parto (pródromos). Desta forma, a parteira era chamada e conseguia identificar que o nascimento estava próximo pela observação da perda do tampão vaginal ou quando a bolsa estourava, de acordo com as falas que seguem:

“Ah e ela antes de ganha o nenê às vezes derrama um sangue [...]”.

“A água que vem vindo, quem vem a água quente, vocês sabem que a água do parto é aquela”.

“Quando estoura a bolsa, tem que ver como é que ta a criança”.

“[...] a gente dá uma experimentada assim com esses dedos [mostrou o dedo indicador e médio] pra ver como é que ta a criança viu”.

“É só por baixo, ai então por baixo a gente mete o dedo [...]”.

Nesse contexto, após a perda do tampão vaginal e de a bolsa se romper acredita-se que era verificado o sofrimento fetal por meio da ausculta dos batimentos cardíacos do bebê e verificada a apresentação fetal, as características do colo uterino e as condições da pelve, por meio do toque vaginal.

Ainda em relação à ausculta podemos evidenciar que a parteira associava o mesmo batimento cardíaco tanto para a mãe quanto para o bebê:

“O coração do bebê é o mesmo coração da mãe”.

“O coração dos dois que escutava lá em cima”.

[...] o mesmo aparelho, eu escutava igual”.

Já na fase latente e ativa do trabalho de parto observamos o amparo e apoio da parteira na condução do trabalho de parto:

“E ela tava assim, até vim as dor, quando vem aquelas dor é triste, porque ela tem que espera [...]”.

“Vem aquelas dor pra gente aguentar, e depois que vem já veio né, Deus me livre”.

[...] aí a gente diz: “Tenha paciência não é”?

O apoio por parte da parteira também foi evidenciado quanto à posição que as mulheres adotavam, observando o amparo da parteira em qualquer posição que fosse, respeitando a autonomia da mulher:

[...] Sentar e escorar a mulher, uma parteira boa sempre escora elas [...]”.

“Ah não precisa deitar. Não. Teve muitas que não precisou deitar”.

“A pobre mãe sentava lá e se frasquiava lá naquele banco e ficava ne, até vim as dor, porque as dores são brabas as vezes [...]”.

“[...] sentada num banco igual aquele ali”.

“Ficava sentada num cepo [...]. Um banquinho como esse aqui [...]”.

“Não vão pra cama. Vão pra cama quando é pra ganha o bebê”.

Nesse contexto, um trabalho de revisão de literatura em busca das evidências disponíveis sobre a assistência ao primeiro período do trabalho de parto encontrou achados que recomendam a deambulação e a posição vertical no primeiro estágio do trabalho de parto. Não foram encontradas evidências de que estas aumentem as intervenções médicas ou tragam consequências negativas para a mãe e para o bebê (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Além disso, foi evidenciado que a deambulação é capaz de prover a distração, aumentar a sensação de controle do trabalho de parto pela parturiente, facilitando o suporte de um acompanhante, aumentando o conforto materno e reduzindo a necessidade de analgesia e indicação de cesárea. Por outro lado, a vontade da parturiente deve ser respeitada, e se esta optar por permanecer deitada no leito, a posição supina deve ser evitada encorajando-a a adotar decúbito lateral esquerdo (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Assim, evidencia-se que a participação da mulher como comandante do seu parto é essencial para que este ocorra da forma como ela preferir, conforme referem os autores Wolff e Moura (2004, p. 282):

Nesse sentido, durante a assistência humanizada ao parto e nascimento, procura-se considerar a mulher como sujeito do parto, mostrando que a sua participação é fundamental para o sucesso do processo, o qual deve acontecer de maneira o mais natural possível.

Na fase expulsiva do trabalho de parto, após a parturiente ter adotado a posição que melhor lhe acomodava, era aguardada a chegada do bebê pela parteira. Como algumas vezes o trabalho de parto se prolongava ou era identificado que não dava mais para esperar, era necessário auxiliar no nascimento do bebê. Esse auxílio ocorria com a realização da episiotomia.

A episiotomia é um corte realizado na parte externa da vagina pra evitar o estiramento excessivo dos músculos daquela região e facilitar a saída do bebê. (GUIMARÃES, 2002). É considerada como uma prática corriqueira realizada na obstetrícia, tendo seu uso rotineiro associado à prevenção de lacerações perineais graves. Entretanto, na literatura não existem evidências suficientes que sustentem seu uso rotineiro, contrariando inclusive a prevenção de lacerações graves. Além disso, é frequentemente associada à morbidade materna como dor, impedimento da realização de atividades diárias e mobilidade prejudicada (PITANGUI et al., 2010).

A realização da episiotomia e da episiorrafia pela parteira foi identificada ao se analisar as falas:

“Eu cortava, pra nascer à criança eu cortava”.

“Só pra cortar. Se à criança não nascia”.

“Conforme é preciso costurar [...], depois que nasceu.”

“Costurava. Que coisa mais complicada não é”?

“Tem sacrifício que não é brinquedo”.

A parteira realizava tanto a episiotomia como a episiorrafia, possivelmente quando era necessário, admitindo que era algo complicado.

A assistência à dequitação placentária ocorria de forma cuidadosa, devido aos riscos que pode gerar, os quais envolvem a hemorragia e a retenção de restos placentários, conforme podemos observar na seguinte fala:

“[...] E a placenta a gente tira com todo o carinho”.



Em seguida à dequitação recomenda-se a revisão da placenta, do cordão umbilical e das membranas para verificar a integridade dos mesmos, o que garante que não foram deixados restos placentários ou membranas na cavidade uterina (Ministério da Saúde, 2001). Porém, esse cuidado não foi citado pela parteira, não sendo possível concluir se eram ou não realizados.

Embora na época que a parteira atuava não se dispunha do aparato que temos atualmente, no qual podemos incluir as tecnologias, medicações, materiais, entre outros, para o atendimento ao recém-nascido, foi possível observar que os primeiros cuidados após o parto eram realizados utilizando-se dos seus conhecimentos e da sua experiência, conforme evidenciamos nas falas que seguem:

“Pra vim à criança a gente tem que, esses dedos aqui [mostrou dedos indicador e médio], bem limpinho, tem que botar conforme na boca da criança, pra ajudar [...]”.

“Ele quando chora, que ele se afoga, tu dá um pouquinho de água morna. Um pouquinho só de água meia morna”.

“Dava um pouquinho de água morna, virava a criança [...] porque vem afogada muitas vezes [...]”.

“[...] aí eles engolem aquela água, aí eles vomitam a água do parto [...]”.

“E aí ele se afoga de novo, a gente chacoalha eles. E dá um tapinha do assento deles [...] aí que vem direito [...]”.

Frente às últimas falas apresentadas e que mostram a utilização de água morna no atendimento ao recém-nascido com efeito de desobstrução das vias aéreas após o parto, não foi encontrado nada na literatura que afirme tal técnica como efetiva.

Já a prática realizada a seguir, a qual se volta para a colocação do bebê sobre o abdômen materno após o nascimento (se este apresentar boa vitalidade ao nascer), refere-se ao contato pele a pele realizado entre mãe e bebê. O mesmo, foi

instituído recentemente pela Portaria de número 371, de 7 de maio de 2014, do MS, a qual institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS, assegurando o contato pele a pele entre mãe e bebê imediato e contínuo, sobre o abdômen da mãe, podendo cobri-lo com uma coberta, com o objetivo de manter a temperatura do recém-nascido e o estabelecimento de vínculos, principalmente com a mãe. Este cuidado praticado pela parteira pôde ser observado nas seguintes falas:

“[...] aí quando nasce à criança, que ele vem, que ele chora, aí a gente vai lá, bota ele ali, ali no colo, que o colo seja bem limpinho”.

“E aí a gente bota a criança naquele pano lá, compreende? A criancinha fica lá no teu colo [...]”.

Embora a portaria só tenha sido instituída no ano corrente, ainda em 2009 já se pesquisava a efetividade dessa prática, por meio de um estudo realizado com o objetivo de identificar o significado do contato pele a pele para a mãe e o bebê e as contribuições da Enfermagem nesse processo. Desta forma, foram encontrados resultados positivos em relação ao contato pele a pele entre o binômio na formação do vínculo e reconhecimento familiar, também destacando as contribuições que a Enfermagem pode estar desenvolvendo para este contato (MATOS et al., 2010).

Ainda quanto aos cuidados com o recém-nascido, estes também envolvem o manuseio com o coto umbilical. Nesse sentido, a recomendação por parte do MS estabelecida no Manual de Atenção à Saúde do Recém-Nascido é de que o cordão seja cortado ao parar de pulsar, se o bebê apresentar boa vitalidade ao nascer, em seguida deve ser fixado um clamp dois a três centímetros acima do anel umbilical, envolvendo-o com gaze e álcool 70%, os quais deveram ser trocados a cada troca de fralda ou quando houver a necessidade, até que o coto umbilical caia por completo (BRASIL, 2011).

Embora, conforme já citado, isso seja o que é preconizado, os cuidados adotados pela parteira se diferenciavam um pouco da forma como são praticados hoje, principalmente na forma de caída do umbigo, conforme podemos evidenciar nas falas:

“[...] e cortar um pedacinho de umbigo assim, todo o dia”.

“Eu cortei o umbigo, lavei. Naquele tempo a gente lavava. Depois a gente já não lavava mais passava um pano com azeite nas crianças”.

“Coloca a mão na boca da criança, pra ver se é são ou não é, os pezinho [...]”.

“[...] e assim fica lá e tu reparando a criançinha”.

O atendimento prestado ao bebê, nas primeiras horas de vida, os quais incluem realização de um exame físico simplificado é um importante método por meio do qual é possível identificar anormalidades. Verificamos a realização deste pela parteira nas falas já citadas, em que, ao citar a verificação da boca da criança sugere-se que esta estivesse observando a presença de alguma anomalia de palato (BRASIL, 2011).

Por meio das falas da parteira foi possível evidenciar que os cuidados realizados por ela não se restringiam apenas à mãe, mas também contemplavam o bebê. Fato que também foi relatado em uma pesquisa que retratou a experiência de cuidado das parteiras tradicionais, por meio da qual foi possível identificar que além do atendimento à parturiente também era realizado o atendimento ao recém-nascido, podendo se estender ao pós-parto e puerpério, em que a parteira acompanhava a evolução dos mesmos (NASCIMENTO et al., 2009).

O acompanhamento no puerpério é trazido pelo MS, no Manual de Parto, Aborto e Puerpério, como um período de transição, no qual a mulher, aos poucos, retorna à situação do seu estado pré-gravídico por meio de modificações locais e sistêmicas, as quais foram causadas pela gravidez. Salaria ainda a necessidade de apoio psicológico, pelo fato de que muitas vezes a puérpera pode sentir-se insegura e com sentimentos contraditórios, devido a isso a importância de apoio por parte dos profissionais (BRASIL, 2001).

Ainda quanto aos cuidados realizados pela parteira com o recém-nascido e a puérpera no período pós-parto, pôde-se identificar que esses cuidados se estendiam

ao puerpério, por meio do acompanhamento diário para auxiliar na higiene do recém-nascido ou no retorno de sete dias:

“Deita a mulher [...] de costas, então aperta a mulher dos pés até a cabeça, assim, depois dela ter ganhado o nenê [...]”.

“Pra fazer massagem, e ele [marido] me ajudou, ajudou fazer as massagens aqui”.

“Agora quando fizer sete dia tu venha, pode me buscar”!

“E aí cuidei dele doze dia parece que”.

“[...] todos os meio dia, trabalhava, e ia lava ele [...]”.

“Agora sim. Termine. Ta tudo bem”.

“[...] já vinha outra coisa por cima [...]”.

Na última fala acredita-se que a parteira se referiu à prática sexual logo após o parto. Nessa perspectiva, o Manual de Parto, Aborto e Puerpério do MS trás a necessidade de orientação do casal com relação ao retorno das atividades sexuais, considerando as condições de cada puérpera, a qual deve acontecer aproximadamente 42 dias após o parto (BRASIL, 2001).

As práticas realizadas pela parteira descritas até agora eram realizadas em condições que o trabalho de parto evoluía sem maiores complicações, realizando os cuidados de rotina para a evolução do mesmo. Contudo, algumas vezes surgiram complicações no ciclo gravídico-puerperal, as quais necessitavam ser conduzidas rapidamente para que a situação não se agravasse. Quando questionada em relação à existência dessas complicações, podemos observar a resposta:

“[...] sofreram muitas mulheres, coitadas”.

Uma das complicações citadas parece estar relacionada à ameaça de aborto, na qual ocorre sangramento vaginal e embora não indique a perda do conceito, a recomendação do MS nesse caso é o repouso da gestante (Ministério da Saúde, 2001). Tal fato foi evidenciado na fala que segue:

“Ela derrama o sangue, aí já é”.

Outro aspecto evidenciado pela parteira relacionado a complicações do trabalho de parto incluíram a posição pélvica do bebê, conforme relatado por ela:

“[...] a cabeça primeiro e aquele não, veio sentado”.

Nesse sentido observamos a sua conduta:

“É a mãe que tem que virar, não é a criança”.

“[...] faz assim com os dois dedos, mas que não tenha unha [...]”

“E aí a gente tem que fazer assim oh se não toca pros médicos”.

Nessa perspectiva, o MS (2001) trás as controvérsias na literatura mundial, em relação à via de parto para bebês pélvicos, indicando a versão cefálica externa em torno de 37 semanas em condições ideais. Quando a versão cefálica externa não for possível é recomendada a cesárea, assim que tiver início o trabalho de parto. Esta indicação que diverge de literatura mais recente, no qual aponta que a indicação de cesárea não está relacionada à redução de riscos por parto pélvico (Daviss; Johnson; Lalonde, 2010).

Os mesmos problemas relatados anteriormente pela entrevistada desse estudo também foram evidenciados em um outro estudo, que identificou os principais problemas percebidos na gestação por parteiras. Entre esses problemas, foram destacados o bebê fora da posição e o sangramento na gravidez, entre outras

complicações como: “bebê laçado”, parto e pós-parto, febre de parto e eclâmpsia (NASCIMENTO et al., 2009).

Desta maneira, observa-se a forma como a parteira conduzia as complicações citadas. Entretanto, em alguns casos, mesmo quando realizadas suas condutas e o trabalho de parto não evoluía, a parteira acompanhava a parturiente até o médico informando a condição da parturiente:

“É, isso se ela ta sofrendo, que não vem à criança, aí a gente já procura o médico [...]”.

“No médico, vai no costado da mulher, e vai lá falar com o doutor: ‘Olha eu trouxe essa Senhora que não ta bem aqui’”.

“Pra levar consultar tu tem que prepara elas bem limpinhas pra ir levar, tu mesmo vai com a tua roupa [...]”.

Na última fala observam-se os cuidados de higiene adotados pela parteira ao acompanhar a parturiente com complicações até o atendimento médico. Essas complicações eram conduzidas com a realização da cesárea:

“Chegava lá ele marcava a operação pra pessoa não é, fazer a cesariana”.

Entretanto, algumas vezes, a parteira não concordava com a conduta adotada, conforme fica evidente nas falas a seguir:

“[...] aí eu digo: ‘Não, não é assim doutor’”.

“Era a operação, a cesárea, mas não dava pra fazer [...]”.

“[...] aí eu disse: ‘Mas porque isso doutor? Pra que essa coisa na cabeça da criança’”?

Em relação a essa última fala pode ser que esteja se referindo à realização do parto vaginal com o uso de fórceps, o qual segundo o MS é um instrumento valioso que contribui de maneira efetiva para a realização do parto quando usado de forma adequado e por profissionais capacitados para o seu uso (BRASIL, 2001).

Por meio desses relatos foi possível observar os desafios que eram enfrentados quando ocorriam complicações, nessa perspectiva podemos refletir:

Quando um parto é normal e a mulher é saudável, tudo vai bem. Mas quando há hemorragias, eclâmpsias, gravidez tubária, problemas cardíacos, má posição do feto, distância do hospital, ou a pobreza é muito grande, o trabalho da parteira se agrava (NASCIMENTO et al., 2009).

O mesmo autor ainda acrescenta que os principais problemas enfrentados pelas parteiras estão relacionados à falta de material para os partos e para a proteção de doenças, a falta de apoio dos serviços de saúde, falta de transporte, baixa remuneração, partos difíceis, entre outros (NASCIMENTO et al., 2009).

Apesar dessas complicações que surgiam no decorrer da sua prática e as dificuldades encontradas para lidar com essas situações, a parteira agradece a Deus por nunca ter vivenciado a perda de alguma parturiente e/ou bebê, conforme podemos constatar:

“[...] eu trabalhei trinta e três anos nesse serviço e nunca graças a Deus mãe não morreu nem filho [...]”.

“Não, não morreram”.

Embora ocorressem complicações durante o período gravídico-puerperal, da mesma forma que ocorrem nos dias atuais, na época em que atuava, a parteira dispunha de métodos baseados na sua experiência para a condução de algumas dessas dificuldades. Embora esses métodos não sejam utilizados na atualidade, a utilização de chás de ervas era a forma que a parteira encontrava e dispunha para controlar os percalços, como podemos observar:

“Fazia o chá de manjerona com o rio barbo, isso mesmo é pra hemorragia”.

“[...] e o chá de hortelã precisa às mulheres tomarem também [...].”

“[...] e o remédio pra elas é a majerona”.

“Não passar nas mulheres, só fazer o chá [...] e da pras mulheres tomarem”.

“Ah toma um chá, o chá de pessegueiro, alguma coisa assim, manjerona, esses chás assim”.

“[...] a lágrima de Nossa Senhora a gente planta, procura, tem ai pelas lavouras [...]”.

“Pois é pra pode vim de uma vez”.

Em relação ao uso de plantas medicinais para auxiliar no trabalho de parto não se tem relatos na literatura dos efeitos benéficos dessa conduta, os quais sugerem um estudo mais aprofundado para a comprovação dos benefícios.

Além da utilização de ervas para a condução de complicações, a parteira também utilizava práticas alternativas como métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Um dos métodos utilizados por ela, inclusive para a realização dos seus partos, era o banho relaxante. Um estudo baseado em evidências trás a imersão em água durante o trabalho de parto como um método de promoção de relaxamento e alívio da dor, sugerindo que pode ser benéfico para as parturientes nesse período (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). De maneira semelhante, a parteira adotava esse método:

“Deu aquela dor e eu fui correndo e aí eu sempre lavava as mãos quando me dava uma coisa assim e tomava banho [...]”.



“Tomava banho e tomava um café quente [...]”.

“Tem que botar um pano quente, esquentar um pano e colocar aquele pano quente pra passar as dores, as dores brabas”.

“A fazia, fazia uns exercícios, se vira pra cá e se vira pra lá [...]”.

Frente aos métodos citados pela parteira, o MS trás como medidas de relaxamento e alívio da dor a deambulação durante o trabalho de parto, a qual apresenta vantagens para a mulher. Também cita outras medidas que podem ser utilizadas com frequência, como o banho de imersão ou de chuveiro. Em relação à utilização de calor ainda não é possível estabelecer a sua efetividade (BRASIL, 2001).

Desta maneira, permeando as práticas obstétricas recomendadas atualmente e as realizadas pela parteira, baseadas no seu conhecimento empírico, foi possível identificar a sua atuação desde a descoberta da gravidez, perpassando pelo parto, com cuidados que envolviam a mulher e seu recém-nascido, até os cuidados com o binômio no puerpério.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resgate da arte de partejar e das práticas obstétricas realizadas pela parteira permitiu observar como era prestado o atendimento no ciclo grávido puerperal naquela época e as práticas desenvolvidas por ela nesse contexto, estendendo seu cuidado para a mulher e seu recém-nascido.

Relacionando as práticas da parteira com o que é preconizado atualmente, observou-se algumas semelhanças com as práticas consideradas como adequadas, embora outras ainda devem ser melhor discutidas e aprofundadas.

A realização desse estudo possibilitou aprendizado na área da obstetrícia, embora mantenha posicionamento contrário em relação à prática de episiotomia e episiorrafia, além do fato da parteira identificar tanto a ausculta cardíaca materna como a fetal como sendo a mesma, quando sabe-se que estas duas auscultas são distintas. Outros aspectos positivos e favoráveis puderam ser identificados durante o trabalho, como o fato da parteira realizar o contato pele a pele entre o binômio logo após o nascimento, o respeito ao posicionamento escolhido pela mulher para parir, o amparo fornecido à parturiente, a condução de complicações, entre outros.

A obstetrícia é uma das áreas de atuação da Enfermagem, no qual profissionais participam ativamente da assistência à gestante. Desta forma, alguns dos aspectos positivos citados anteriormente levam à condução de um cuidado humanizado à parturiente com a possibilidade de melhora na qualidade da assistência prestada.

Assim, acredita-se que o resgate das práticas obstétricas realizadas pela parteira pode estar contribuindo para os profissionais que atuam nessa área, na tentativa de efetivar os programas, políticas, portarias e resoluções do Ministério da Saúde em relação à saúde da gestante, puérpera e recém-nascido.

Como potencialidades desse estudo pode-se destacar a forma receptiva com a qual a parteira do estudo e seus familiares receberam as pesquisadoras. Ainda, pelo fato da pesquisadora se identificar com a área, a realização desse trabalho foi facilitada.

Como fragilidades, aponta-se a falta de documentos ou registros sobre os partos e às atividades desenvolvidas pela parteira na sua época de atuação. A falta de estudos foi outra fragilidade encontrada, principalmente em relação ao uso de plantas medicinais que podem auxiliar no trabalho de parto. Não foram encontrados

relatos na literatura dos efeitos benéficos dessa conduta, sendo que estes estudos poderiam enriquecer a discussão, bem como a análise dos dados.

Como futura profissional enfermeira, observando a área de atuação da Enfermagem na obstetrícia, a qual cresce cada vez mais, acredita-se que esse estudo possa contribuir para a reflexão de futuros profissionais que atuarão nesse cenário, possibilitando um olhar diferenciado à parturiente e atendendo ao conceito de humanização. Inclui-se, nesse sentido, a importância da pesquisa para a Enfermagem, por meio da qual é possível embasar as ações desses profissionais, fortalecendo a Enfermagem como ciência.

Ainda, pontua-se o crescimento pessoal e profissional que essa pesquisa possibilitou no sentido da relação vivenciada, no ato de ir a campo e escutar a história de vida da parteira, além de possibilitar à pesquisadora refletir, analisar e discutir sobre a questão de pesquisa lançada. A riqueza do momento de estar diante de uma pessoa tão experiente e com uma enorme bagagem de vida e de conhecimentos foi indiscutível.

Pensando no importante papel que as parteiras desempenharam na construção da história da Enfermagem, sendo inclusive reconhecidas como uma classe desta profissão, com base no que já foi citado e entendendo a relevância do estudo tanto no âmbito social quanto para a Enfermagem, destaca-se que tal estudo poderá contribuir para que ocorra um resgate histórico das práticas obstétricas.

Salienta-se que na época no qual as práticas da parteira foram exploradas não se tinha os recursos de saúde institucionais que se tem atualmente. Por isso, espera-se que esse estudo possa estar gerando subsídios para a atuação da Enfermagem na realização de algumas práticas que eram desenvolvidas antigamente pela parteira, baseadas em seu conhecimento empírico para a realização dos partos, mas que hoje podem ser incorporadas ao conhecimento científico atual, aliadas às evidências de assistência ao parto.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. Lisboa, Portugal, 2009.
- BERTAUX, Daniel. L'approche biographique: validé méthodologique, ses potentialités. **Sa Validé Méthodologique, Ses Potentialités**, p.197-225, 1980.
- BESSA, Lucineide Frota. Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p.250-254, set. 1999. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41107/44653>>. Acesso em: 29 out. 2014.
- BORGES, Moema da Silva; PINHO, Diana Lúcia Moura; GUILHEEN, Dirce. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000300013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 mar. 2014.
- BORGES, Moema da Silva; PINHO, Diana Lúcia Moura; SANTOS, Silvéria Maria dos. As representações sociais das parteiras tradicionais e o seu modo de cuidar. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32622009000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 mar. 2014.
- BRASIL. Constituição (1986). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Regulamenta O Exercício da Enfermagem e da Outras Providências**. Brasília, 1986. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.
- BRASIL. Constituição (1988). Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. **Institui diretrizes para a organização da atenção integral ao recém-nascido no SUS**. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>. Acesso em: 14 mai. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente: Higienização das mãos**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/paciente\\_hig\\_maos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/paciente_hig_maos.pdf)>. Acesso em: 09 nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_parteiras\\_tradicionais.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_parteiras_tradicionais.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização: A**

humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 2, p.69-71, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n1/v2n1a11.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. SVS. DASIS. DATASUS. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.** Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>>. Acesso em: 05 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância de saúde da mulher.** Brasília, 2012. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12834/1/CAPITULO\\_CesarianasNoBrasil.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12834/1/CAPITULO_CesarianasNoBrasil.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2014.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.135-149, 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1991000200002&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1991000200002&script=sci_abstract)>. Acesso em: 02 abr. 2014.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf> >. Acesso em: 16 jul. 2014.

DAVISS, B. A; JOHNSON, K.C; LALONDE, A.B. Evolving evidence since the term breech trial: Canadian response, European dissent, and potential solutions. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 32. n. 3. p. 217-224, mar. 2010.

ENKIN, Murray. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 3, 2008.

GEOVANINI, Telma. et al. **História da enfermagem: versões e Interpretações**, Rio de Janeiro: Revinter, v. 3, 2010.

GLAT, Rosana. **Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental.** Rio de Janeiro: Agir, 1989.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri (Org.). **Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2002. 473 p.

IBGE, Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=431555&search=rio-grande-do-sul|rio-dos-%C3%8Dndios|infograficos:-historico>>. Acesso em: 02 de maio de 2014.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazos Afonso de. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986, p. 99.

MATOS, Thaís Alves et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para as mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p.998-1004, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 nov. 2014.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. A arte de partejar: Experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. **Escola de Enfermagem Anna Nery, Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 319-327, jun. 2009. Disponível em: <[http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20092/artigo%2010.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2010.pdf)>. Acesso: 28 out. 2014.

OGUISSO, Taka. (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. São Paulo: Manole, v. 2, 2007.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. 1997. 129 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OSAVA, Ruth Hitomi; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.31, n.1, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62341997000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341997000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 mar. 2014.

PADILHA, Maria Itayara; BORENSTEIN, Miriam Susskind; SANTOS, Iraci dos (Org). **Enfermagem: História de uma profissão**. São Paulo: Difusão, 2011.

PINTO, Benedita Celeste de Moraes. Vivências cotidianas de parteiras e 'experientes' do Tocantins. **Revista Estudo Feministas**, Florianópolis, v. 10, 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2002000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 abr. 2014.

PIRES, Denise Elvira de. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM COREN SC. **SÉRIE CADERNOS ENFERMAGEM: Consolidação da Legislação e Ética Profissional**. Florianópolis, v. 1, 2010.

PITANGUI, Ana Carolina Rodarti et al. Ocorrência e fatores associados à prática de episiotomia. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Recife, v. 8, n. 2, p.257-263, fev. 2014.

PORTO, Ana Maria Feitosa; AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**. v. 38, n. 10, 2010.

REHUNA, **Rede pela Humanização do Parto e Nascimento**. Disponível em <<http://www.rehuna.org.br/>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

SILVA, Marcos Nascimento e et al. Saúde Materna: a importância da assistência pré-natal. **Cadernos Unifoa: Edição especial**, p.97-101, ago. 2009. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/especiais/pos-graduacao/02/97.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

TORNQUIST, Carmem Susana. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação de Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

UNICEF, The United Nations Children's Fund. **Situação Mundial da Infância 2011**. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf) >. Acesso em: 05 abr. 2014.

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279-85, ago, 2004.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA PARA A PARTEIRA****Data:** \_\_\_\_\_**Hora início:** \_\_\_\_\_**Hora fim:** \_\_\_\_\_**Dados de identificação:**

- Iniciais (nome):
- Data de nascimento:
- Idade:
- Profissão:
- Escolaridade:
- Religião:

**Roteiro de entrevista:**

1. Há quantos anos a Sra. é parteira?
2. Como a Sra. começou a fazer partos?
3. A Sra. aprendeu com alguém?
4. Eram desenvolvidas práticas de cuidados específicos no pré-natal, parto e puerpério?
5. Como eram realizados os partos?
6. Quais posições as mulheres adotavam para parir?
7. Como a Sra. cortava o cordão umbilical do bebê?
8. Quais materiais a Sra. utilizava?
9. Como esses materiais eram limpos?
10. A Sra. costumava lavar as mãos?
11. Ocorriam complicações durante o trabalho de parto e/ou puerpério (hemorragia, eclâmpsia, outras)?
12. Que cuidados eram realizados por você quando ocorriam complicações?
13. A Sra. presenciou mortes de mulheres e/ou de bebês cuidados pela Sra.?
14. A Sra. fez algum curso que instruíra sobre a prática de parteira?
15. A Sra. tem certificado de parteira?



**APÊNDICE B – TERMO DE CESSÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DO OFÍCIO DE UMA PARTEIRA: HISTÓRIA DE VIDA**

**Pesquisadora:** Acadêmica Greici Capellari Fabrizzio

**Orientadora:** Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

Eu, \_\_\_\_\_,  
após ler a transcrição da(s) entrevista(s) feita(s) pela pesquisadora, afirmo que  
está(ao) de acordo com as informações faladas por mim.

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Rio dos Índios/RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

## APÊNDICE C – UNIDADES DE REGISTRO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL CAMPUS CHAPECÓ CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

UR 01 – O remédio, e o remédio pra elas é o, a manjerona.

UR 02 – Pra todas as enfermeira, mas hoje em dia nenhuma que não é? Querem só o médico.

UR 03 – Não passar nas mulher, só fazer o chá não é? E da pras mulher toma.

UR 04 – Que quantas Senhoras que veio lá em casa atrás de mim não é?

UR 05 – ...e ai eu ensinava não é? Até eu via ali e fazia e ensinava. Ensinava as outras ne.

UR 06 – Foi ela que precisou de mim não é?

UR 07 – ...eu então ia sozinha lá ajuda as mãe.

UR 08 – E graças a Deus eu sempre fui feliz não é? Foi assim, a primeira!

UR 09 – ...umas a pé, outras de a cavalo, outras até burro me lembro...

UR 10 – Do jeito que dava eu ia não é?

UR 11 – Uma noite foram me chama e eu não queria vim porque eu tinha meu filho aquele doente não é?

UR 12 – E eu não queria vim e o finado meu marido fez eu vim não é?

UR 13 – E ai eu trazia o lampião acesso na mão não é? E um chapéu na cabeça...

UR 14 – ...eram em três, e eu sozinha ne? Que parassem que eu tava no escuro. Tava no escuro viu e eu sozinha não é? Não dava!

UR 15 – ... um me chamava e outro me chamava e eu não queria i nunca porque tinha medo.

UR 16 – ...trouxeram um médico não é? E com duas enfermeira pra ver como é que eu fazia.

UR 17 – Dava um pouquinho de água morna, virava a criança ne? A criança porque vem afogada muitas vezes...

UR 18 – ...ai eles engolem aquela água ai eles vomitam a água do parto não é?

UR 19 – E ai ele se afoga de novo, a gente chacoalha eles ne? E da um tapinha no assento deles... ai que, ai que vem direito não é...

UR 20 – ...eu trabalhei trinta e três anos nesse serviço e nunca graças a Deus mãe não morreu nem filho ne?

UR 21 – ...a cabeça primeiro e aquele não, aquele vinha, veio sentado não é? Ele veio com o assentozinho, sentado.

UR 22 – E ai a gente tem que fazer assim oh se não toca pros médico.

UR 23 – ...faz assim com os dois dedos mas que não tenha unha ne...

UR 24 – É a mãe que tem que vira, não é a criança.

UR 25 – Ah e ela antes de ganha o nenê às vezes derrama um sangue ne?

UR 26 – Quando estoura a bolsa não é? Tem que ver como é que ta a criança não é?

UR 27 – Ah eu vinha vindo da lavoura não é?

UR 28 – E quando eu me agachei pra lava a panela não é que arrebenta a bolsa...

UR 29 – ...ganhei lá fora ainda, sozinha.

UR 30 – Deu aquela dor e eu fui correndo e ai eu sempre lavava as mão e, quando me dava uma coisa assim e tomava banho não é?

UR 31 – Tomava banho e tomava um café quente...

UR 32 – Eu cortei o umbigo, lavei não é? Naquele tempo a gente lavava. Depois a gente já não lavava mais, passava um pano com azeite nas criança não é?

UR 33 – E ai eu cuidei dele doze dia parece que.

UR 34 – ...todos os meio dia, trabalhava, e ia lava ele não é?

UR 35 – ...e corta um pedacinho de umbigo assim, todo o dia.

UR 36 – Agora sim. Terminei! Ta tudo bem!

UR 37 – Agora quando fizer sete dia tu venha, pode me busca!

UR 38 – Ah não precisa deita. Não. Teve muitas que não precisa deita.

UR 39 – Ficavam sentada num cepo, ali naquele cepo. Um banquinho como esse aqui, e elas ficavam sentada ali...

UR 40 – Não vão pra cama. Vão pra cama quando é pra ganha o bebê.

UR 41 – ...ai a gente diz: “Tenha paciência não é?”.

UR 42 – A gente já preparava a, a tesoura queimada.

UR 43 – ...queimada também no fogo da luz do lampião a gente, eu queimava, sempre. Naquele tempo até, pouco coisa existia.

UR 44 – Conforme é preciso costura na, de, no parto da criança, depois que nasceu.

UR 45 – A tesoura ta queimada e ai a agulha ta queimada, tudo queimado.

UR 46 – Mas Deus so livre lavava muito a mão, as unha a gente rapa o que é das unha...

UR 47 – ...e a boca também, a gente tem que lava bem a boca pra não vim um fôlego na criança compreende?

UR 48 – ...ai quando que nasce a criança, que ele vem, que ele chora, ai a gente vai lá, bota ele ali, ali no colo, que o colo seja bem limpinho.

UR 49 – Um pano bem limpo, bem limpo, bem limpo mesmo, tem que ser um pano limpo.

UR 50 – E ai a gente bota a criança naquele pano lá, compreende? A criançinha fica lá no teu colo...

UR 51 – ...e assim fica lá e tu fica reparando a criançinha.

UR 52 – Ele quando chora, que ele se afoga, tu da um pouquinho de água morna. Um pouquinho só de água meia morna.

UR 53 – ...sofreram muitas mulher, coitadas.

UR 54 – Pra leva consulta tu tem que prepara elas bem limpinha pra i leva, tu mesmo vai com a tua roupa, tu vai...

UR 55 – No médico, vai no costado da mulher, e vai lá falar com o doutor: “Olha eu trouxe essa Senhora que não ta bem aqui”.

UR 56 – ... ai eu disse: “Mas porque isso doutor? Pra que essa coisa na cabeça da criança?”

UR 57 – ...ai eu digo: “ Não, não é assim doutor!”.

UR 58 – Era a operação, a cesárea, mas não dava pra faze....

UR 59 – Pra vim a criança a gente tem que, esses dedo aqui, bem limpinho tem que bota conforme na boca da criança, pra ajuda não é? Ajuda aqui.

UR 60 – Tem sacrifício que não é brinquedo.

UR 61 – Ai me fui eu, lá, e fiz tudo, só precisa a gente leva a mão lá no parto da mulher...

UR 62 – ...a gente da uma experimentada assim com esses dedo pra vê como é que ta a criança viu.

UR 63– É, isso se ela ta sofrendo, que não vem a criança, ai a gente já procura o médico ne?

UR 64 – ...a Nossa Senhora Medianeira, eu tenho que te uma, assim na gente, uma cinta, e a gente sempre rezando não é?

UR 65 – Porque eu até agora tenho fé muito grande em Nossa Senhora.

UR 66 – Sempre usei o cinto de Nossa Senhora, isso eu ia em Nossa Senhora e voltava.

UR 67 – Ensinava, às vezes se ela não sabe nada, também nunca falo comigo.

UR 68– É Nossa Senhora, a lágrima de Nossa Senhora a gente planta, procura, procura, tem ai pelas lavora...

UR 69 – A fazia, fazia uns exercícios, se vira pra cá e se vira pra lá não é.

UR 70 – As vezes nem vinham.

UR 71 – Muitos vinham me traziam rapadura pra paga o parto, e tudo isso vinha, vinha não é?

UR 72 – Coloca a mão na boca da criança, pra ver se é são ou não é, os pezinho...

UR 73 – Ah a placenta a gente tira, puxa lá devagarzinho não é? E a placenta a gente tira com todo o carinho, da pra deixa ela... sabe como é?

UR 74 – Deita a mulher, deita, deitada de costa, então aperta a mulher dos pé até a cabeça, assim, depois dela ganhado o nenê...

UR 75 – Ela derrama o sangue, ai já é... porque vocês seguram o sangue.

UR 76 – Fazia o chá de manjerona com o rio barbo, isso mesmo é pra hemorragia.

UR 77 – Só pra cortar. Se a criança não nascia.

UR 78 – Eu cortava, pra nascer a criança eu cortava.

UR 79 – Costurava. Que coisa mais complicada não é?

UR 80 – Ah toma um chá, o chá de pessegueiro, alguma coisa assim, manjerona, esses chá assim.

UR 81 – Por que tem muitas mulher que tão dando ali, ali, e já vinha outra coisa, por cima não é? Já vão dando pro home devereda, com o homem ali.

UR 82 – Pois é pra pode vim de uma vez.

UR 83 – Pra fazer massagem, e ele me ajudo, ajudo fazer as massagem aqui.

UR 84 – Tem que botar um pano quente, esquenta um pano não é? Coloca aquele pano quente pra passa as dor, as dor braba.

UR 85 – ...e o chá da hortelã também precisa as mulher tomarem também não é?

UR 86 – Se eu tenho? Dessas coisa eu tenho, aquele coisinho do pescoço não é?

UR 87 – Eu tenho, eu tenho mas é lá de Deus, eu tenho, cumpri é com Deus.

UR 88 – Ou outra ia ensina vocês também, as vezes ensinam mal não é?

UR 89 – Não é assim, as coisas é, quando faz, vocês fazem, uma não ensina a outra.

UR 90 – Você é mais esperta, mas tu não ensina aquela lá que é meia feia.

UR 91 – A minha vida, porque eu fui uma parteira de antigamente.

UR 92 – É, de antigamente, daquelas que tudo corriam de atrás de mim não é? Que era eu que eles queriam, queria era eu.

UR 93 – Mas muitas, muitas e muitas. Muitas mulher.

UR 94 – Não, não morreram.

UR 95 – ... eu as vezes pegava minha roupa do meu corpo e dava pras mãe, que não tinha, pra vestir pra eu i no médico com ela.

UR 96 – Chegava lá ele marcava a operação pra pessoa não é, faze a cesareana...

UR 97 – Primeiro era bem, ela fazia o parto era com um, sentada num banco igual aquele ali.

UR 98 – A pobre mãe sentava lá e se frasquiava lá naquele banco e lá ficava ne, até vim as dor, por que as dor é braba as vezes ne?

UR 99 – E ela tava assim, até vim as dor, quando vem aqueles dor é triste, por que ela tem que espera não é?

UR 100 – Vim aquelas dor pra gente aguentar, e depois que vem já veio ne Deus so livre.

UR 101 – Tinha a vela aquela, eu tenho uma vela. Pra quando elas acenderem aquela vela, se rogada pra Nossa Senhora.

UR 102 – A água que vem vindo, que vem a água quente, vocês sabem que a água do parto é aquela

UR 103– Tem que mandar sentar não é. Sentar e escora a mulher, uma parteira boa sempre escora elas não é?

UR 104 – É só por baixo, ai então por baixo a gente mete o dedo não é?

UR 105 – ...quando é pra desce a criança, sente até os pezinho assim, ou a cabecinha a gente sente!

UR 106 – O coração dos dois que escutava lá em cima.

UR 107 – O coração do bebê é o mesmo coração da mãe.

UR 108 – Ah quando vinha o mesmo meu, o mesmo aparelho, eu escutava igual.

## **APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL CAMPUS CHAPECÓ CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Pesquisadora:** Acadêmica Greici Capellari Fabrizzio

**Orientadora:** Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa pré-intitulada **“PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DO OFÍCIO DE UMA PARTEIRA: HISTÓRIA DE VIDA”**. Este documento contém informações sobre o estudo que será realizado.

O presente projeto tem o objetivo de conhecer as práticas obstétricas do ofício de uma parteira que atuou nas décadas de 1940 a 1970 em Rio dos Índios/RS. Por isso, viemos convidá-la a participar de forma voluntária, na etapa de coleta de dados desta pesquisa. Ressaltamos que a senhora poderá solicitar informações e esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa. Também, poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Ainda, não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por participar do presente estudo.

Os dados serão coletados por meio de uma entrevista aberta (com roteiro previamente estabelecido e perguntas predeterminadas), que será realizada pela pesquisadora do estudo, em local e horário definido pela senhora. Estima-se que a entrevista terá uma duração aproximada de uma hora, sendo registrada com câmera digital. Após realizadas as entrevistas, as mesmas serão transcritas, e, em seguida a transcrição será apresentada à senhora para validação das suas falas e, estando em acordo, a senhora será convidada a assinar o Termo de Cessão. Salienta-se que as falas serão transcritas conforme a própria expressão da senhora e codificadas com a letra P referente à parteira. Não será mantido sigilo da sua identidade por se tratar de uma única participante e a metodologia empregada na pesquisa utilizar a história de vida.



Ainda, para a coleta de dados, será utilizado um diário de campo onde serão anotadas informações importantes e/ou acontecimentos que sejam úteis à pesquisa, permitindo à pesquisadora registrar as suas impressões.

As informações que serão gravadas permanecerão em posse e responsabilidade da pesquisadora responsável e professora orientadora, Joice Moreira Schmalfluss, sendo armazenadas em seu armário pessoal, localizado na UFFS, durante cinco anos e, posteriormente, serão destruídas.

Sua participação nesta pesquisa poderá gerar riscos e desconfortos decorrentes da possibilidade de causar constrangimento durante a(s) entrevista(s), pela possibilidade de sua identidade ser revelada, por incômodo em falar ou, ainda, por mobilização emocional. Desta forma, a senhora não precisará responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a(s) entrevista(s) se sentir-se desconfortável ou achar que a resposta trata-se de algo muito pessoal. Se riscos forem gerados, os mesmos serão minimizados por meio do seu encaminhamento a um atendimento com profissional da saúde. Como benefício, sua participação nesta pesquisa irá permitir que a senhora conte a sua história de vida, contribuindo para a construção do conhecimento, bem como qualificação das práticas obstétricas brasileiras, também destacando-se como benefício a relevância social da pesquisa.

Caso a senhora tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam neste TCLE, e caso se considere prejudicado(a) na sua dignidade e autonomia, pode entrar em contato com a acadêmica Greici Capellari Fabrizzio via telefone (49-91448717) ou pelo e-mail ([greicicapellari@hotmail.com](mailto:greicicapellari@hotmail.com)); com a professora orientadora Joice Moreira Schmalfluss via telefone (49-85055592), e-mail ([joice.schmalfluss@uffs.edu.br](mailto:joice.schmalfluss@uffs.edu.br)) ou pelo endereço institucional (Campus Chapecó/SC, SC-459, km 2, s/n, saída para Guatambu, Chapecó/ SC, telefone (49-20491501). Também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS via telefone (49-2049-1478), e-mail ([cep.uffs@uffs.edu.br](mailto:cep.uffs@uffs.edu.br)) ou pelo endereço (Avenida General Osório, 413-D, Jardim Itália, Edifício Mantelli, 3º andar, CEP 89802-210, Chapecó/SC).

Dessa forma, se a senhora concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações mencionadas, coloque seu nome no local indicado.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pela pesquisadora e orientadora, em duas vias, sendo que uma ficará com a senhora e a outra com a pesquisadora.

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da orientadora \_\_\_\_\_

Rio dos Índios/RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIA, FILMAGEM  
E GRAVAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DO OFÍCIO DE UMA PARTEIRA: HISTÓRIA DE VIDA**

**Pesquisadora:** Acadêmica Greici Capellari Fabrizzio

**Orientadora:** Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

Eu, \_\_\_\_\_,  
permito que a pesquisadora relacionada acima obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica/educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas possam ser publicadas em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, bem como a identificação da minha pessoa, já que este estudo utiliza como metodologia a história de vida.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Rio dos Índios/RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**APÊNDICE F - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS****UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DO OFÍCIO DE UMA PARTEIRA: HISTÓRIA DE VIDA**

**Pesquisadora:** Acadêmica Greici Capellari Fabrizzio

**Orientadora:** Professora Mestre Joice Moreira Schmalfuss

A pesquisadora do presente projeto compromete-se a manter a confidencialidade das informações contidas nas anotações de campo. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto e que somente poderão ser divulgadas para fins científicos.

Greici Capellari Fabrizzio: \_\_\_\_\_

Rio dos Índios/RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO**UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** Práticas obstétricas do ofício de uma parteira: história de vida**Pesquisador:** Joice Moreira Schmalfluss**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 33711914.7.0000.5564**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 813.637**Data da Relatoria:** 10/10/2014**Apresentação do Projeto:****TRANSCRIÇÃO DO RESUMO:**

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo história de vida, que será realizado no Município de Rio dos Índios-RS, com uma parteira que atuava na assistência a gestantes, parturientes, puérperas e seus recém nascidos neste município, nas décadas de 1940 a 1970. A coleta de dados se dará por meio de entrevista aberta e análise de documentos. As entrevistas serão realizadas em data, horário e local previamente agendado e adequado à entrevistada. Ainda, serão registradas com uma câmera digital, se a participante do estudo permitir. A análise de documentos será gerada em locais que contenham materiais de domínio público, tais como: arquivos de jornais da época armazenados no museu da cidade, bem como biblioteca pública. Os dados serão analisados conforme análise temática de categorizações, proposta por Lüdcke e André. O estudo será norteado pelas questões éticas previstas na Resolução de número 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o qual envolve pesquisas com seres humanos.

**Objetivo da Pesquisa:****TRANSCRIÇÃO DOS OBJETIVOS:****Endereço:** Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS**Bairro:** CENTRO**CEP:** 89.802-265**UF:** SC**Município:** CHAPECO**Telefone:** (49)2049-1478**E-mail:** joseane@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 813.637

**Objetivo Primário:** Conhecer as práticas obstétricas do ofício de uma parteira que atuou nas décadas de 1940 a 1970 em Rio dos Índios/RS.

**Objetivo Secundário:** - Descrever como ocorreu o aprendizado do ofício de parteira.- Compreender como eram realizados os partos pela parteira.- Identificar a existência de práticas de cuidados específicos no período gravídico-puerperal desenvolvidas pela parteira.- Descrever complicações observadas durante o ciclo gravídico-puerperal e as práticas de cuidado que eram realizadas pela parteira em cada contexto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**TRANSCRIÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:**

**Riscos:**

Os riscos e desconfortos provenientes dessa pesquisa, para a participante, são decorrentes da possibilidade de causar constrangimento durante a(s) entrevista(s), pela possibilidade de sua identidade ser revelada, por incômodo em falar ou, ainda, por mobilização emocional. Desta forma, a participante não precisará responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a(s) entrevista(s) se sentir-se desconfortável ou achar que a resposta trata-se de algo muito pessoal. Se riscos forem gerados, os mesmos serão minimizados por meio do encaminhamento da participante a um atendimento com profissional da saúde.

**Benefícios:**

Como benefício, a participação da parteira nesta pesquisa irá permitir que a mesma conte a sua história de vida, contribuindo para a construção do conhecimento, bem como qualificação das práticas obstétricas brasileiras, também destacando-se como benefício a relevância social da pesquisa.

**AVALIAÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:**

Constam riscos e benefícios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As solicitações foram atendidas.

**Endereço:** Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 89.802-265

**UF:** SC

**Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)2049-1478

**E-mail:** joseane@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 813.637

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As solicitações foram atendidas.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As solicitações foram atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução 466 de 12/12/2012 principalmente, os artigos XI.1 e XI.2 itens c) ao h) , a Normativa 001/2013 e o Capítulo III da Resolução 251/1997.

A página do CEP-UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador" acessível no Link [http://www.uffs.edu.br/images/proppg/Deveres\\_do\\_pesquisador\\_CEP.pdf](http://www.uffs.edu.br/images/proppg/Deveres_do_pesquisador_CEP.pdf)

**Atente:**

1) No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, obedecidos os 20 dias antes da reunião do CEP do mês correspondente aos 6 meses, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra (exceto se a pesquisa estiver totalmente finalizada, pois, neste caso, deverá ser enviado o relatório final). Veja modelo na página do CEP, no item "6) Documentos a serem anexados à Plataforma Brasil" no subitem " 6.1) Obrigatórios " . A cada 6 meses novo relatório parcial deverá ser enviado até que seja enviado o relatório final.

2) Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP para que possa ser avaliada e as medidas adequadas possam ser tomadas. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto. Após um projeto ter sido aprovado, alterações devem ser solicitadas na forma

**Endereço:** Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 89.802-265

**UF:** SC

**Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)2049-1478

**E-mail:** joseane@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 813.637

de EMENDA.

3) Além do relatório semestral, a qualquer momento o CEP poderá solicitar esclarecimentos sobre a sua pesquisa – vide artigos X.1.3.b), X.3.6 e XI.2.e)

4) Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final.

OBS: Os relatórios deverão ser enviados utilizando-se da opção "enviar notificação", na "Plataforma Brasil".

Em caso de dúvida: (1) contate este CEP pelo telefone 20491478, das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00

(2) contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitar ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta, (3) Contate a "central de suporte" da plataforma

Brasil no canto superior direito da plataforma e cujo atendimento é online.

Boa pesquisa!

CHAPECO, 30 de Setembro de 2014

---

Assinado por:

**JOSEANE DE MENEZES STERNADT**  
(Coordenador)

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

Bairro: CENTRO

CEP: 89.802-265

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-1478

E-mail: joseane@uffs.edu.br